

Update CxCa

Ein interdisziplinärer Experten-Roundtable zur CxCa-Vorsorge:

Der G-BA-Beschluss ist da – was bedeutet er für die medizinische Praxis?

Prof. Dr. Martin Sillem

Prof. Dr. Martin Sillem ist seit sieben Jahren als niedergelassener Frauenarzt in der Praxisklinik am Rosengarten in Mannheim tätig. Zuvor arbeitete er als Chefarzt in verschiedenen Versorgungskrankenhäusern.

Interview Prof. Dr. Martin Sillem

Wie stehen Sie den Änderungen beim Zervixkarzinom-Screening gegenüber?

Prof. Sillem: Ich glaube, dass die Frauen vom neuen Screening profitieren werden.

Glauben Sie, dass die Frauen in Zukunft nur noch alle drei Jahre die Vorsorge in Anspruch nehmen werden?

Prof. Sillem: Ich sehe mich vor die Herausforderung gestellt, die Frauen zu motivieren, weiterhin jährlich zur Vorsorgeuntersuchung in meine Praxis zu kommen, wenn lediglich im Drei-Jahres-Rhythmus eine Gebärmutterhalskrebsvorsorge durchgeführt wird. Ich gehe jedoch davon aus, dass Frauen, die bisher jährlich die Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen haben, dies auch zukünftig tun.

Wie ist die Stimmung bezüglich des neuen Screening-Modells unter den Gynäkologen?

Prof. Sillem: Noch ist die Stimmung verhalten, weil die Gynäkologen nicht absehen können, wie viele Patientinnen regelmäßig jährlich oder im Drei-Jahres-Rhythmus in die Praxis kommen werden. Die kapazitiven und wirtschaftlichen Auswirkungen für Gynäkologinnen und Gynäkologen werden wir daher frühestens ein Jahr nach Einführung der Ko-Testung auswerten können.

Was beeinflusst Ihrer Meinung nach die Haltung der Gynäkologen gegenüber der Ko-Testung?

Prof. Sillem: Dreh- und Angelpunkt bei der Akzeptanz der Ko-Testung unter Gynäkologen wird der wirtschaftliche Faktor sein. Es wird darauf ankommen, wie viele Frauen weiterhin die jährliche gynäkologische Vorsorge in Anspruch nehmen und wie diese dann vergütet wird.

Wie ist das Wissen der Gynäkologen über Abstriche und die Qualität der HPV-Tests?

Prof. Sillem: Die meisten Gynäkologinnen und Gynäkologen werden in Versorgungskrankenhäusern ausgebildet. Vieles was sie später als niedergelassener Arzt machen müssen, ist über diese Ausbildung nicht abgedeckt – hierzu gehören unter anderem die Themen HPV, HPV-Testung & Pap-Abstrich. Eine bessere Information und Ausbildung sind hier wichtig. Darüber hinaus gehe ich davon aus, dass den meisten Gynäkologen die qualitativen Unterschiede der im Labor verwendeten HPV-Tests nicht bekannt sind.

Wie sehen Sie die Zukunft der Labore?

Prof. Sillem: Die Zahl der HPV-Tests wird zunehmen. Ich gehe davon aus, dass die Labore den erhöhten Bedarf leisten können. Die Pap-Auswertung und die HPV-Testung können auch in zwei getrennten Laboren durchgeführt und der Befund später konsolidiert werden. Bei kleinen zytologischen Laboren könnte dies zu Schwierigkeiten führen, sie müssen es schaffen, sich neu zu positionieren.

Wie kommunizieren Sie mit Patientinnen, wenn ein auffälliger Befund vorliegt?

Prof. Sillem: Es ist wichtig, Patientinnen nach einem positiven Pap-Test beziehungsweise HPV-Test fundierte Informationen an die Hand zu geben. Neben dem allgemeinen Informationsbrief, den Patientinnen mit dem Testergebnis erhalten, verweise ich zusätzlich auf die Website des Krebsinformationsdiensts. Hiermit habe ich sehr gute Erfahrungen gemacht.

Gibt es noch etwas, dass Sie wichtig finden bei der Information der Patientinnen?

Prof. Sillem: Patientinnen sollten zur besseren Aufklärung über HPV, die Testverfahren und die möglichen Ergebnisse, Informationen auch elektronisch zur Verfügung gestellt werden. Dies kann zum Beispiel eine gute Auswahl an weiterführenden Links auf der Praxiswebsite sein. Ein mehrseitiges Schreiben lesen die wenigsten durch. Wichtig ist aber vor allem, dass es mehr Informationsquellen für Patientinnen gibt, die qualitätsgesichert sind.

Wie stehen Sie zu der Evaluation nach fünf bis sechs Jahren?

Prof. Sillem: Nach fünf Jahren zu beurteilen, ob das neue Vorsorgemodell sich wirtschaftlich rentiert und zu einer Reduzierung der Zervixkarzinomfälle führt, erachte ich als zu ambitioniert.

Was ist Ihrer Meinung nach in Bezug auf die Kolposkopie wichtig zu erwähnen?

Prof. Sillem: Die Qualifizierung für die Dysplasiesprechstunde bzw. Dysplasieeinheit ist streng geregelt. Daher haben nur wenig Gynäkologen die nötigen Kenntnisse und entsprechende Ausbildung Kolposkopien durchzuführen. Meiner Meinung nach ist eine Übergangsregelung notwendig, um dem Anstieg an Kolposkopien entgegen zu wirken. Ärzte, die nur den Einführungskurs gemacht haben und sich für den Fortgeschrittenenkurs angemeldet haben, könnten bereits Kolposkopien übernehmen. Vorausgesetzt sie erreichen so die vorgegebene Anzahl an Patientinnen. Ich wünsche mir klare Versorgungs- und Vergütungsstrukturen sowie Übergangsregelungen für den Anfang.

Glauben Sie, dass die Zahl der Zervixkarzinome durch das neue Screening stark zurückgehen wird?

Prof. Sillem: In 30 Jahren werden wir wahrscheinlich nur noch wenige Zervixkarzinome behandeln. In den nächsten 10 Jahren gehe ich jedoch von keiner Reduzierung der Zervixkarzinomfälle aus, da wir immer noch Impfraten unter 40% haben.

Wo sehen Sie insgesamt die Herausforderungen bei der Einführung des neuen Zervixkarzinom-Screenings?

Prof. Sillem: Solange die Versorgungs- und Vergütungsstrukturen nicht angepasst werden, werden wir es mit halbgaren Kompromissen zu tun haben. Es muss eine Übergangsregelung geben, damit das neue Zervixkarzinom-Screening ein Erfolg wird.